

Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Original article Open Access

Opinii asupra rezidențiatului de chirurgie generală a unor foști rezidenți ai Spitalulului Clinic de Urgență București, care au emigrat în străinătate.

A.E.Nicolau
Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

Abstract.The opinions of some former surgery residents, currently working abroad, about the residency performed in Emergency Hospital Bucarest. Residency in general surgery is a fundamental stage in the training of future specialists. Unfortunately, some choose to emigrate. 7 residents who have trained in EHB with the undersigned, currently work in other countries. I addressed a questionnaire to them regarding the residency carried out in EHB.There are two women and five men, average age 43 years (37-47), activity in the specialty on average 10 (7-15) years, except for a specialist urologist of one year. Four work as visceral surgeons, one is urologist, one acts as head of department at the UN, and one is a resident of obstetrics-gynecology. Practices performed: laparoscopic, two also do robotic surgery, breast surgery (a colleague). Minimally invasive urological and gynecological operations are added, medical management. Advantages of residency in EHB: diversity of pathology, emergency surgery, laparoscopy. Disadvantages: lack of a coherent training program, a realistic catalog of operations, questionable training of mentors, lack of protocols, "favoritism". Recommendations for improving training: realistic curriculum, staged training, periodic feed-back, well-trained mentors who practice advanced laparoscopic operations, catalog of operations, to operate cases interned in guards, encouragement in performing scientific work, giving up "favoritism"to the detriment of competence. In general, their training was at the level of colleagues, but they should have been better prepared in advanced laparoscopy. Everyone appreciates the objective recognition of professional qualities, three became heads of section, one head of office. The main reasons for emigration were: "arranged" competitions that do not target competence, lack of positions, poor equipment of public hospitals.
The general surgery residency needs to be reviewed and improved according to current trends.

Key words: general surgery, residency, questionnaire

Introducere

Rezidențiatul de chirurgie generală (RCG) este etapa fundamentală în pregătirea viitorilor specialiști. Chirurgia este prin excelență o specialitate medicală artizanală, deoarece rezultatul pacientului depinde de calitatea generală a operației executate de chirug și, prin urmare, de abilitățile chirurgicale, cognitive, tehnice și non-tehnice, de competența și de calitatea managementului postoperator al acestuia. Rezultatul pacientului se reflectă, în cele din urmă, în calitatea formării chirurgicale propusă inițial acum mai bine de un secol de Halsted (1).

În ultimele decenii, în medicină și implicit în chirurgie, s-au făcut progrese nemaiîntâlnite în nici o altă etapă: acumularea unui volum mare de cunoștințe, performanțe tehnice superioare impuse de terapia prin acces minim (laparoscopia, chirurgia robotică) care a devenit predominantă, medicina bazată pe dovezi, digitalizarea, e-learning (simulatoare, realitate virtuala), noi modalități diagnostice, noi instrumente mai eficiente și mai sigure, toate în

Corresponding author: A.E. Nicolau, Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București, aenicolau@gmail.com

Received: January 30, 2023; **Accepted**: Marchr 3, 2023; **Published**: March 31, 2023

Citation: Nicolau A. E.: The opinions of some former surgery residents, currently working abroad, about the residency performed in Emergency Hospital Bucarest. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2023; 19 (1): 36 - 46, [Article in Romanian]. DOI: 10.22551/JSURG.2023.01.05.

Copyright: © 2023. Nicolau A.E. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

contradicție cu limitări ale orelor de lucru, modificări în ponderea unor patologii chirurgicale, reducerea solicitărilor pentru specialitatea de chirurgia generală, tendința la supraspecializare, creșterea costurilor, presiunea indicilor de performanță, pacienți tot mai bine informați, considerente etice, acuzații de eroare medicală, etc. Toate aceste noi provocări impun o modificare și o perfecționare permanentă a educației chirugicale (2,3,4,5).Aşa cum era de aşteptat, educaţia chirurgicală a rezidenţilor nu a putut ţine pasul cu dezvoltarea practicii chirurgiei generale, deşi s-au facut modificări dictate de progresele amintite. În ultimul deceniu, în mai multe țări, s-a schimbat pregătirea chirurgicală a rezidenților în conformitate cu noile provocări, axată pe o curriculă structurată, o pregătire planificată, bazată pe competență, evaluare periodică, program de mentorat (6,7).

În lucrarea noastră prezentăm răspunsurile unor foști rezidenți de chirurgie generală ai Spitalului Clinic de Urgență București (SCUB), care au emigrat, la întrbările formulate într-un chestionar. Acestea au vizat în special o evaluare critică a RCG de la noi, în comparație cu cel din țările în care activează. Consider că această evaluare poate fi utilă în perfecționarea rezidențiatului autohton, care este atât de necesară.

Material și metodă

Am adresat un chestionar celor 7 rezidenți care au efectuat rezidenţiatul în SCUB, la pregătirea cărora mi-am adus şi eu contribuţia. Am uniformizat răspunsurile primite care vizau aceeaşi idee, deşi formularea era puţin diferită. Am notat în paranteză numărul de medici care au dat un răspuns similar, ordonarea răspunsurilor fiind stabilită de numărul mai mare de respondenţi. Corespondenţa s-a efectuat electronic prin e-mail. Toţi au primit manuscrisul şi au fost rugaţi să efectueze corecţii şi completări.

Rezultate

Sunt 3 femei şi patru bărbaţi:

-vârsta medie a respondenților este de 43 de ani (37-47 ani)

-6 sunt medici specialiști în chirurgie generală de 12,1 ani (8-16 ani)

-un fost rezident este de un an medic specialist urolog, rezidențiatul de urologie fiind efectuat în Marea Britanie

-intervalul de activitate profesională în țara în care au emigrat 10,4 ani (7-15 ani)

-țările în care activează sunt Belgia, Franța, Germania (2), Marea Britanie, Spania, iar o colegă care lucrează în cadrul Națiunilor Unite, activează momentan în Iordania

Chestionarul și răspunsurile primite sunt prezentate mai jos.

A. Care sunt primele 5 operaţii practicate în ordinea frecvenţei?

-laparoscopice: colecistectomie, hernie, hernie hiatală (4)

- plus rectocolectomii, operații bariatrice (2)

- robotice: rectocolectomii, gastrectomii, hernii incizionale (2)

- urologice: cistoscopie, ureteroscopie, prostatectomie, tumori vezicale, litotriție laser (1)

- ginecologice: chiuretaj, histeroscopie, anexectomie, sectorectomie, cezariană (1)

B. Ce apreciați la rezidențiatul efectuat în SCUB?

- diversitatea patologiei (6)

- calitatea mentorului (5) – un parametru ce nu se poate aplica atunci când vrem să tragem o concluzie despre calitatea rezidentiatului in SCUB, cu totii având acelasi mentor. Nu se poate generaliza

- chirurgia de urgență și gărzile, operații laparoscopice de bază și avansate (3)

- participare la congrese, redactări articole (3)

- colaborarea cu alți colegii (2)

C. Cât va folosit ceea ce ați învățat în RO în practica dvs actuală?

- pregătirea în chirurgia laparoscopică (5)

- pregătirea în chirurgia de urgență (3)

- nivel de pregătire similar colegilor din străinătate (2)

- elaborare de prezentări la congrese și redactarea de articole stiințifice (2)

- “a realizat că în România nu poate progresa” (1)

D. Care considerați că au fost "minusurile" rezidențiatului în SCUB?

- lipsa unei metodologii de pregătire, verificarea periodică a cunoștințelor, catalog de operații care să fie realist și respectat (5)
- excesul de "pile și relații" în detrimentul competenței (3)
- lipsa de cunoștințe și tehnici chirurgicale moderne, lipsa de simț didactic din partea unor medici, dezinteres din partea șefilor de secție și clinică în pregătirea rezidenților, absența cursurilor (2)
- lipsa de protocoale, nerespectarea stagiilor, gărzi neplatite (2)
- nu este stimulată activitatea științifică (participări la congrese, elaborarea de lucrări științifice) (1)

E. Ce calități ar trebui să aibă un mentor pentru a pregăti mai bine rezidenții?

- să aibă un plan de pregătire concret, adaptat experienței rezidentului, verificarea periodică a cunoștințelor, răbdare (4)
- să fie bine pregătit teoretic și practic, obligatoriu în chirurgia laparoscopică avansată (3)
- să lase rezidenții să iși opereze cazurile internate în gardă, să îi ajute în operații (3)
- să îi învețe și să îi îndrume în elaborarea de lucrări științifice (2)

F. Ce ați sugera să se facă pentru îmbunătățirea rezidențiatului la noi, prin prisma activității profesionale actuale în sisteme medicale mai dezvoltate?

- curriculă realistă de pregătire, catalog realist de operații care să fie respectat (5)
- eliminarea favoritismelor ("pile, relații, șpagă") (4)
- să aibă cazuri de îngrijit și operat (operator principal) (3)
- specialiști bine pregătiți dedicați pregătirii rezidenților, fără alte obligații (2)
- pregătire după protocoale, condiții mai bune de muncă (cameră de odihnă în gardă) (1)

G.Care au fost problemele profesionale majore și de viață, cu care v-ați confruntat ca străin?

- rasism din partea colegilor (nu și din partea pacienților) (3)
- românii sunt văzuți prost în UE (2)
- nu au avut probleme din punct de vedere profesional (Spania și Marea Britanie) (2)
- absența unor cunostințe practice de tehnică chirurgicală avansată, care a dus la scăderea încrederii la începutul experienței, familiarizarea cu unele instrumente absente în România, desconsiderarea pregătirii de către colegi, depărtarea de familie (1)

H. Ce sfaturi aveți pentru tinerii specialiști de la noi care doresc să emigreze?

- să nu plece dacă nu sunt hotărâți, să uite de pile și de "șpagă" (3)
- să aibă o bună pregătire teoretică și o bună pregătire în chirurgia laparoscopică, programul de lucru este respectat și munca depusă este apreciată obiectiv (2)
- să plece cât mai devreme și să cunoască limba țării de destinație (2)
- să știe că colegii români pot fi cei mai mari dușmani (1)

I. Care au fost principalele motive pentru care ați emigrat?

- lipsa de posturi scoase la concurs în spitale cu o dotare acceptabilă (6)
- concursuri cu dedicație pentru candidat cunoscut pe baza de relații politice și atenții materiale, nu pe competență (5)
- motive economice (3)
- numărul redus de operații practicate rezidenți și de tinerii specialiști comparativ cu cei din țara în care activează, ceea ce afectează evoluția profesională (2)
- dotarea precară a spitalelor publice (licitații truncate), lipsa protocoalelor, procesarea precară a datelor cu impact negativ asupra cercetării (2)
- discriminare și hărțuire sexuală în cazul rezidentelor (2)

Discuții

Am încercat să cunosc părerea foștilor rezidenți de chirurgie generală ai spitalului nostru care au emigrat asupra rezidențiatului efectuat cu scopul de a putea actualiza și rezidențiatul de la noi, pe cât posibil, la cerințele actuale pe plan internațional.

În UE, fiecare țară are propriul program de pregătire al rezidenților, dar o evaluare obiectivă a acestor programe ar permite adoptarea și adaptarea unor părți ale acestora la modernizarea programului național (8)

Sistemul medical românesc se confruntă cu provocări specifice. România are al doilea cel mai scăzut nivel al cheltuielilor pentru sănătate din UE, în ciuda creșterii rapide din ultimii ani, rezultând o subfinanțare cronică, le care se adaugă și achizițiile mai puțin transparente (9). Pe de altă parte, din cei peste 55.000 de medici cu aviz de liberă practică, peste 50% dintre aceștia activează în centrele medicale universitare tradiționale, București, Iași, Cluj-Napoca, Craiova, Târgu-Mureș, Timișoara (10). Migrația personalului medical este un fenomen global care afectează țările în curs de dezvoltare, care oricum se confruntă cu un deficit de personal. În SUA, dintre medicii specialiști, inclusiv chirurgi, 28% sunt emigranți, iar 8,4% sunt refugiați (11). În Germania, medicii germani emigrează cu predilecție în Marea Britanie, SUA, Elveția, dar în 2018, 25% dintre medici erau emigranți, proveniți după număr din România, Grecia, Austria, Polonia (12).

Cei șapte foști rezidenți cu care am avut onoarea să colaborez, au o activitate și o experiență profesională apreciabile. Cinci dintre ei au efectuat rezidențiatul în totalitate la noi, unul a emigrat în anul patru, iar altul în anul doi. Este de subliniat că toți cei patru chirurgi viscerali, fac operații laparoscopice avansate, iar doi chirurgie robotică. Colega noastră, acum expert în robotică în Franța, a urmat un curs de robotică împreună cu subsemnatul în 2009, dar nu am avut acces la robotul spitalului (motive subiective ale șefului clinicii) care, deși a fost primul robot din Romania, a fost utilizat de chirurgi doar în perioada 2008-2010, pe un număr redus de pacienți și a fost abandonat. O colegă, care nu a reușit la concursul de asistent universitar, deși a abținut cea mai mare notă la scris dintre toți candidații din București, este acum angajat prin al Națiunilor Unite din 2013, actualmente șef serviciu pentru Asia de Vest și Africa de Nord. Un coleg a renunțat la rezidențiatul de chirurgie, a urmat un rezidențiat de urologie, devenind specialist în Marea Britanie. A altă colegă, a lucrat în chirurgie doi ani apoi a început un rezidențiat în obstetrică-ginecologie în Germania. În privința operațiilor practicate, toți cei care activează ca și chirurgi generaliști efectuează cu precădere operații laparoscopice avansate, doi dintre ei și operații robotice. Unul este șef de secție în Belgia, iar un alt a fost șef de secție în Spania, pâna când s-a transferat la un spital privat. De altfel, chirurgia miniminvazivă devine tot mai dominantă în activitatea operatorie, de aceea trebuie acordată o atenție tot mai mare acestui capitol în pregătirea rezidenților (13).

Avantajele majore ale RCG în SCUB, au fost reprezentate de diversitate patologiei, urgențele chirurgicale și chirurgia laparoscopică. Chirurgia de urgență este un capitol fundamental în pregătirea rezidenților, de aceea toate programele prevăd stagii în unități de profil, cu un volum important de cazuri. Chirurgie de urgență se poate învăța si în cadrul stagiilor de chirurgie electivă, dar chirurgia de traumă, care presupune abilități tehnice particulare, se invață doar într-un serviciu cu specific, efectuarea de gărzi fiind obligatorie (14).

Primul spital de urgență din Romania, înființat în 1934, SCUB, este portdrapelul chirurgiei de urgență de la noi. Mai mult, primele laparoscopii diagnostice la noi în țară, în abdomenul acut chirurgical, s-au efectuat în Clinica de Chirurgie a SCUB la începutul anilor 60, iar în decembrie 1993 am efectuat primele colecistectomii laparoscopice, deschizând calea chirurgiei miniminvazive (15,16). Am adoptat rapid laparoscopia ca modalitate diagnostică și terapeutică în urgență, fiind promotorii abordului laparoscopic al urgențelor chirurgicale abdominale traumatice și nontraumatice pe plan național. Totodată în clinica noastră s-au efectuat o gamă largă de intervenții laparoscopice avansate. Experiența a fost prezentată la congrese, în articole, monografii, capitole în manuale de specialitate (17).

RCG trebuie să beneficieze de o pregătire laparoscopică cât mai bună. Utilizarea simulatoarelor, a realității virtuale și a realității augmentate a devenit o etapă quasiobligatorie în pregătirea rezidenților în laparoscopie. Însușirea tehnicilor de bază, exersarea și repetarea operațiilor, identificarea și corectarea erorilor de tehnică, respectând siguranța pacientului, practic testarea și ameliorarea abilităților psihomotorii, vizual-spațiale și de adâncime, sunt condiții esențiale pentru o bună practică în chirurgia miniminvazivă (18,19,20). Exersarea pe simulatoare compensează reducerea orelor de sală, reduce curba de învățare a operațiilor laparoscopice, permite învățarea și exersarea operațiilor de laparoscopie avansată, de aceea și la noi, cel puțin la nivel de centru universitar și spital clinic ar trebui să existe un laborator dotat cu simulatoare laparoscopice avansate, așa cum există în alte țări (21,22). Simulatoarele cred că ar putea fi utilizate și la selecția rezidenților, precum și în cazul concursurilor de specialitate sau de ocupare a unor posturi, pentru testarea efectuării unor tehnici chirurgicale laparoscopice. Odată cu dezvoltarea chirurgiei miniminvazive, asistăm la reducerea substanțială a intervențiilor chirurgicale deschise. Cunoașterea acestor tehnici de către tinerii specialiști este totuși necesară, mai cu seamă în chirurgia de urgență, în cazul unor incidente operatorii, complicații și a reintervențiilor, de aceea nu trebuie neglijată (23).

Deși inițial au fost priviți cu neîncredere de colegi, nu și de pacienți, au reușit să se impună profesional și să fie apreciați. Alte probleme au fost legate de intervenții laparoscopice la care nu participaseră, respectiv de instrumentarul cu care nu mai lucraseră. Trebuie subliniat totuși, că s-au pregătit într-o clinică de chirurgie de tradiție, una dintre cele mai performante de la noi.

Selecția rezidenților de chirurgie trebuie să se bazeze nu numai pe cunoștințele teoretice ci și pe aptitudini specifice. Admiterea în RCG se face azi pe baza unor probe teoretice. Chirurgia implică o dexteritate și o coordonare psihomotorie (ochi-mână), abilități înnăscute, care diferă de la individ la individ, de aceea o testare a acestora la selecția inițială a RCG devine tot mai clamată, ca de altfel și la chirurgii de peste 65 de ani (24,25,26). Mai mult, există diferențe între principalele calități și abilități tehnice necesare pentru chirurgia deschisă (coordonare ochi-mână, dexteritate digitală) și chirurgia laparoscopică, respectiv robotică (abilități psihomotorii, vizual-spațiale și de adâncime, coordonare bimanuală) (27).

În chestionar , unul dintre elementele negative a fost catalogul de operații, neschimbat din 2007, ca și curricula de pregătire. Catalogul este neadaptat la cerințele actuale și practic irealizabil, după părerea mea. Se cere efectuarea de către rezidenți a unor operații care nu mai sunt de actualitate, altele care actualmente țin mai degrabă de supraspecializare, sau numărul cerut este dificil de realizat. Exemple ar fi tiroidectomia subtotală, mastectomie radicală, simpatectomia lombară, amputația de gambă și coapsă, apoi 3 vagotomii, 5 coledocolitotomii, 4 gastrostomii, 2 jejunostomii, etc.,dar 30 de apendicectomii și doar 5 colecistectomii, deschise și laparoscopice (28).

Recent, în SUA și Canada, cele mai frecvente operații practicate de majoritatea chirurgilor generaliști în servicii cu un volum mediu de intervenții, sunt colecistectomia laparoscopică, cura herniilor, enterectomia, colectomia, apendicectomia, ablația tumorilor parietale, la care se adaugă endoscopia superioară și colonoscopia, de aceea pe aceste intervenții trebuie să se insiste, în special pe abordul minminvaziv (29,30). În servicii de excelență, supraspecializate, sunt abordate o gamă mai mare de intervenții, mai complexe tehnic, volumul de operații fiind invers proporțional cu morbiditatea și mortalitatea (31).

Se impune o revizuire și o adaptare a catalologului de operații la specificul patologiei actuale și la tehnicile chirurgicale adecvate. O ierarhizare a competențelor operatorii a secțiilor de chirurgie pe criterii de performanță, așa cum a existat în trecut, poate ar trebui reluată și actualizată.O altă critică menționată este și lipsa ghidurilor medicale și implicit a protocoalelor terapeutice. Ghidurile de diagnostic și tratament sunt recomandări dezvoltate în mod sistematic, elaborate de experți în consens cu datele furnizate de medicina bazată pe dovezi științifice, privind îngrijirile care trebuie acordate într-o anumită

circumstanţă clinică (32). Pe baza ghidurilor, la nivel de spital, secție, adaptat condițiilor existente, se elaborează protocoale medicale care prezintă un plan detailat și rigid de efectuare a unei proceduri medicale, tratament, în managementul unei anumite patologii(33). Protocoalele au avantajul standardizării procedurilor medicale, uniformizării costurilor medicale și sunt de un real folos medicilor în cazul litigiilor medico-legale atât timp cât au fost respectate, respectiv în cazul despăgubirilor solicitate firmelor de asigurări (35). Elaborarea unui ghid medical presupune o echipă, un volum mare de cercetare și redactare, un efort financiar și o durată respectabile, de aceea, pentru țările în curs de dezvoltare și nu numai, se pot adopta și adapta, ghiduri deja elaborate în alte țări (36,37).

Rezidenții au menționat și necesitatea de a opera mai multe cazuri ca prim operator, deși în programa de pregătire este stipulat numărul minim de operații necesar ca prim operator și ajutor. De asemenea se ridică și problema stimulării activității de cercetare, participarea la teme cercetare, la elaborarea de aricole, participarea la reuniuni științifice cu prezentarea de lucrări. Practic ei trebuie invățați să facă cercetare, să redacteze prezentări și articole.

Un articol recent evidențiază o pregătire eterogenă a RCG în 23 de țări, inclusiv în cele din Europa, durata rezidențiatului variind între 4 și 10 ani, la un număr de 38-88 de ore de lucru săptămânal. Numărul minim de operații necesar la sfârșitul rezidențiatului a variat între 60 (Coreea de Sud) și 1600 (Anglia și Irlanda) de operații. În SUA, numai în ultimul an rezidentul trebuie să efectueze minim 150 de operații ca prim operator. Totodată în unele țări este obligatorie participarea la cel puțin un program de cercetare, coautor al unui articol științific publicat, prezentări la reuniuni științifice, cursuri obligatorii, toate pe parcursul RCG (38). Într-o metanaliză, numărul mediu de operații per rezident în cursul RCG a fost de 780 în Tailanda, 914 în SUA, 1391 în Olanda, 1844 în UK, iar dintre operații, cele mai frecvent s-au efectuat apendicetomii (31-73 cazuri), hernii (53-113 cazuri), colecistectomii (56-118 cazuri), colectomii (34-69 cazuri) (39).

Un rol crucial în pregătirea rezidenților este deținut de mentor(trainer), formatorul profesional, a cărui rol e tot mai important astăzi în îndrumarea acestora în luarea deciziilor, dobândirea abilităților tehnice chirurgicale, lucrul în echipă, comunicare, dezvoltarea personalității profesionale, în condițiile în care programele educaționale sunt defectuos structurate, volumul de operații efectuate de rezidenți este redus, iar accesul la cunoștințele teoretice este nelimitat (40,41). Mentorii trebuie să aibă anumite calități enumerate si în chestionar, subliniate și în alte publicații. Sintetizând, calitățile unui mentor competent sunt cele personale, caracter, integritate, profesionalism, le care se adaugă umanismul, disponibilitatea, accesibilitatea, competența profesională, expertiza tehnică, abilități de predare (42). La noi, unii mentori sunt fără experiență profesională, cu volum redus de operații, nemotivați, alții cu sarcini profesionale multiple, fără control periodic al progreselor profesionale ale rezidenților, așa cum reiese și din raspunsurile la chestionar, fără preocupări științifice. Există și o inegalitate adesea semnificativă în timpul petrecut în sală de rezidenți, ceea ce afectează pregătirea unora ca și relațiile colegiale. Trebuie încercată o echilibrare pe cât posibil a timpilor de sală între rezidenți, printr-o programare judicioasă a echipelor operatorii. Rezidenții s-au plâns și de indiferența șefilor de secție și a șefului clinicii la calitatea pregătirii acestora. Mentorii ar trebui să-i învețe să facă cercetare științifică, să redacteze prezentări și chiar să participle la redactarea de articole, dar câți dintre ei au experiență? Cred că se impune și la noi organizarea unei selecții a mentorilor pe baza unor criterii cât mai obiective și transparente, iar cei selectați să beneficieze de cursuri de pregătire (43,44).

Se impune și o discuție asupra bibliografiei pentru curricula de rezidențiat și pentru examenul de specialitate. Manualele pentru rezidențiat ar trebui redactate de un colectiv de autori cu experiență, tematica în concordanță cu programa, care să fie revizuite periodic. Pentru perioada de rezidențiat ar trebui manuale de anatomie, fiziopatologie, patologie, tehnică, etc., acceptate la nivel național și/sau la nivel de centu universitar de pregătire,elaborate

de un colectiv de autori selectați pe baza experienței, care să fie revizuite periodic, pentru o uniformizare a pregătirii, așa cum se procedează în alte țări. În privința examenului de specialitate, surprinzător, bibliografia de 24 de titluri, cuprinde 2 volume editate în anii ‘70,8 în anii ’80,10 în anii ’90, iar cea mai nouă carte de chirugie este ”Chirurgia Laparoscopică” de prof.S.Duca ediția din 2001(45).

O problemă tot mai actuală și tot mai acută cu care se confruntă specialitatea de chirurgie generală în Europa, SUA, Canada, care are legătură cu unele critici menționate în chestionar, dar și cu motivele emigrării, este scăderea interesului absolvenților de medicină de a alege această specialitate, considerată până în urmă cu cîțiva ani “regina medicinei”. Tendințele globale arată o o scădere a popularității chirurgiei generale în majoritatea țărilor, cu excepția Greciei, Iordaniei și Nigeriei și cu o relativă redresare observată în SUA pe baza subspecialităților. Considerațiile familiale, stresul, orele suplimentare, sacrificarea timpului personal, lipsa de modele, sunt factorii negativi cei mai comuni (46). În SUA, procentul de absolvenți de medicină care au ales chirurgia general a scăzut de la 10,7% în 1984 la 4,5% în 2018, în Canada de la 24,7% în 1998 la 17,2% în 2016, în UK de la 22,3% în 2005 la 14,2% în 2015 (47). Lipsa de interes a absolvenților polonezi de medicină pentru RCG a fost legată de stilul de viață, calitatea nesatisfăcătoare a formării chirurgicale, accesul tardiv în echipele operatorii, absența mentorului, discriminarea de gen, majoritatea studenților la medicină din Polonia sunt de sex feminine, ca și la noi (47). Într-un studiu realizat pe un eșantion de 957 de absolvenți ai Facultății de Medicină „Iuliu Hațieganu” din Cluj Napoca, în 2013-2015, 84,7% dintre absolvenți intenționau să emigreze, argumentele fiind condiții mai bune de viață și de muncă, oportunități profesionale, „lipsa de rezidențiat” în specialitatea aleasă, dezamăgirea față de sistemul medical din România, salarii mai mari (48). Într-o altă anchetă, 8 chirurgi din 42 de medici, au afirmat că emigrau pentru că salariile erau insuficiente, iar facilitățile profesionale și de dezvoltare erau precare (49).

În cazul rezidenților chestionați este de remarcat că motivul menționat în unanimitate a fost “concursurile aranjate”, urmat de lipsa de apreciere a competenței. Interesant că motivația economică a fost menționată doar de trei medici. O mențiune aparte pentru celelalte motive, rezidențiatul de la noi e recunoscut, dar nu este apreciat, lipsa de posturi pentru specialiști, dotarea necorespunzătoare a spitalelor de stat.

Pregătirea rezidenților, concursurile de ocupare a locurilor vacante de medici specialiști, nu se bazează pe competența profesională, concursurile pentru posturi de specialist sunt de obicei cu candidat unic, cunoscut, selectat pe bază de “relații și atenții materiale”, sunt motive pentru care se evită chirurgia generală și motive de emigrare menționate și de alți absolvenți și rezidenți (50). Competența în chirurgie, pe lângă cunoștințe teoretice solide, este o combinație de abilități tehnice, de performanță în echipă, de comunicare și de luarea de decizii (51). Pentru o pregătire cât mai completă,aș menționa o propunere pe care am mai facut-o, care se aplică în multe țări și anume ca în cadrul RCG să existe și un stagiu de 6 luni -1 an într-un serviciu de chirurgie acreditat pe baza de performanțe dintr-un spital județean sau municipal care poate oferi și condiții optime de cazare. Astfel s-ar familiariza cu condițiile existente la acest nivel, cu patologia, iar spitalul ar putea aprecia direct capacitățile unui potențial colaborator.

La RCG din 2021 de la noi, 28 % dintre locuri (46/175) nu s-au ocupat, iar în 2022, 50,7% (99/195) (52,53). Cum putem atrage mai mulți absolvenți spre chirurgiea generală este o preocupare în multe țări. Se disting câteva direcții comune, dominante. Acestea ar fi următoarele: atragerea studenților din timpul stagiului de chirurgie, curricula structurată bazată pe competențe care presupune un program de evaluare, reducerea la minim a volumului de cunoștințe teoretice și practice ale afecțiunilor chirurgicale rare, sau care țin de supraspecializări, utilizarea pe scară largă a simulatoarelor, pregătire în chirurgia laparoscopică, mentori care să asigure o pregătire optimă și echidistantă a rezidenților, oportunități pentru condiții de viață optime în special în cazul femeilor, acceptarea fără rezerve a acestora, fără

discriminare, supraspecializarea (54,55). În SUA supraspecializarea a reușit să mențină interesul pentru chirurgie, iar chirurgii supraspecializați (chirurgie hepatobiliopancreatică, colorectală, endocrină, bariatrică, îngrijiri acute,etc) pe durată redusă la 5 ani, au dreptul să efectueze și intervențiile chirurgicale uzuale, hernii, colecistectomii, apendicectomii,etc.(56). În Europa, progrese în privința supraspecializării se înregistrează îndeosebi în Marea Britanie și Olanda (8).

Articolul prezentat are limite inerente. În primul rând avem un chestionar personal, care este susceptibil de a fi subiectiv. Numărul de respondenți este mic, iar majoritatea au părăsit țara de peste un deceniu, perioadă în care, cel puțin la nivelul salarizării medicilor s-au făcut progrese substanțiale. Cred că pentru modernizarea RCG este importantă părerea medicilor care activează în alte țări, dar și a celor care au emigrat și s-au întors și care prin experiența acumulată pot contribui la realizarea acestui obiectiv**.** În elaborarea unei noi curricule pentru RCG cred că este util a fi consultați și medici cu renume care s-au întors și activează cu success în țara, dar și medici români care au o carieră universitară de success sau conduc secții în țări dezvoltate. Să nu uităm că medicina de la noi s-a dezvoltat și datorită personalităților medicale care au activat în străinătate și au revenit în țară la începutul secolului trecut.

Concluzia care se desprinde este necesitatea stringentă de revizuire a RCG și adaptarea la noile cerințe impuse de modificările patologiei, a mijloacelor diagnostice, a unor tehnici, îndeosebi a celor miniminvazive, a modalităților de învățare și de control.

Se impune o revizuire a curiculei, o reducere a duratei unor stagii a altor specialități chirurgicale având în vedere posibitățile actuale de transfer relativ rapid al pacienților în servicii de specialitate, un catalog de operații realist și realizabil, o bibliografie unitară actualizată, evaluarea permanenetă a progreselor, extinderea utilizării simulatoarelor.

Alte obiective sunt selecția mentorilor, aprecirea competenței, transparența concursurilor, eliminarea favoritismelor și a manifestărilor discriminatorii la adresa colegelor, asigurarea unor condiții optime pentru desfășurarea activității.

Trebuiesc intreprinse eforturi pentru atragerea absolvenților de medicină pentru RCG, dar și pentru introducerea unor supraspecializări complementare chirurgiei generale.

Declarația de conflict de interese

Autorul declară că nu se află în conflict de interese financiare sau non financiare pentru datele și informațiile prezentate în articol.

Bibliografie

1. Moglia A, Morelli L, D'Ischia R, Fatucchi LM, Pucci V, Berchiolli R, Ferrari M, Cuschieri A. Ensemble deep learning for the prediction of proficiency at a virtual simulator for robot-assisted surgery. Surg Endosc. 2022 Sep;36(9):6473-6479
2. Glass NE, Kulaylat AN, Zheng F, Glarner CE, Economopoulos KP, Hamed OH,et al. A national survey of educational resources utilized by the Resident and Associate Society of the American College of Surgeons membership. Am J Surg. 2015 Jan;209(1):59-64.
3. Nicolau AE, Argaseala I, Merlan V, et al. Evoluţia terapiei chirurgicale în ultima decada. Studiu comparativ al intervenţiilor 1993-1995 vs. 2003-2005 [Progress of surgical treatment in the last 10 years. Comparative study of surgical interventions performed between 1993-1995 versus between 2003-2005]. Chirurgia (Bucur). 2007 Jan-Feb;102(1):51-6. Romanian.
4. F Cockerham WT, Cofer JB, Biderman MD, Lewis PL,Roe SM. Is there declining interest in general surgery training? Curr Surg. 2004;61(2):231-5.
5. Mitchell T. Adapting for the future: flexibility of UK postgraduate training. Surgery (Oxf). 2020 Oct;38(10):670-674
6. Glass NE, Kulaylat AN, Zheng F, et al. A national survey of educational resources utilized by the Resident and Associate Society of the American College of Surgeons membership. Am J Surg. 2015 Jan;209(1):59-64.

7. Allum W. Improving Surgical Training. Surgery (Oxf). 2020 Oct;38(10):596-600
8. Roeth AA. What can we learn from other countries-lessons from the CAJC Happiness Report. Innov Surg Sci. 2019 Apr5;4(1):25-29.
9. Melenciuc,S (2021,dec14). Comisia Europeană, despre sănătatea din România: al doilea cel mai scăzut nivel al cheltuielilor din UE, în ciuda creșterii rapide din ultimii 5 ani.https://360medical.ro/category/sistem-public/disfunctionalitati-sistem-public/page/5
10. Marincovici, M (2022,sept 5).Prof. dr. Daniel Coriu: peste 50% din totalul medicilor profesează în București și județele Dolj, Iași,Timiș, Mureș, Cluj și restul în 36 de județe.https://www.puterea.ro/prof-dr-daniel-coriu-peste-50-din-totalul-medicilor-profeseaza-in-bucuresti-si-judetele-dolj-iasitimis-mures-cluj-si-restul-in-36-de-judete/
11. Batalov,J (2020,may 14). Immigrant Health-Care Workers in the United States.SPOTLIGHT.https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states-2018
12. Cudalb A,Gresser U. What Contribution Can Doctors Trained in Romania Bring in Orderto Remedy the Medical Deficit in Germany?Comparison of Medical Studies and Specialist Training between Romania, Germany, and Poland, Using as an Example the Fields of Internal Medicine, General Medicine, and Anesthesia. Creative Education.2020; 11:2424-2442.
13. Elnikety S, Badr E, Abdelaal A. Surgical training fit for the future: the need for a change. Postgrad Med J. 2021 May 3:postgradmedj-2021-139862
14. Sharrock, A.E., Gokani, V.J., Harries, R.L. et al. Defining our destiny: trainee working group consensus statement on the future of emergency surgery training in the United Kingdom.World J Emerg Surg. 2015 Jun 30;10:26.
15. Mihalache,DM(2018,iunie1).Istoria primului spital de urgență din România. Viața Medicală.https://www.viata-medicala.ro/stiri/istoria-primului-spital-de-urgenta-din-romania-14601
16. Nicolau AE, Ionescu G, Ciurel M.[40 years since the first diagnostic laparoscopies in surgical acute abdomen in Romania]. Chirurgia (Bucur). 2002;97(1):9-10.Romanian.
17. Nicolau AE.The Emergency Hospital Bucharest to the Forefront of the Emergency Laparoscopic Surgery Development.Jurnalul de Chirurgie.2021; 17(2):99-106
18. Gallagher AG, Leonard G, Traynor OJ. Role and feasibility of psychomotor and dexterity testing in selection for surgical training . ANZ J Surg. 2009 Mar;79(3):108-13.
19. Fritz T, Stachel N, Braun BJ. Evidence in surgical training - a review. Innov Surg Sci. 2019 Apr 22;4(1):7-13.
20. Jacob Rosenberg .We need a paradigm shift in surgical training Ann Laparosc Endosc Surg 2016;1:8
21. White C, Rodger M, Tang T. Current understanding of learning psychomotor skills and the impact on teaching laparoscopic surgical skills. The Obstetrician and Gynaecologist. 2016 Jan;18(1):53-63
22. De Win G, Everaerts W, De Ridder D, Peeraer G. Laparoscopy training in Belgium: results from a nationwide survey, in urology, gynecology, and general surgery residents. Adv Med Educ Pract. 2015 Jan 30;6:55-63.
23. Bingmer K, Ofshteyn A, Stein SL, Marks JM, Steinhagen E. Decline of open surgical experience for general surgery residents. Surg Endosc. 2020 Feb;34(2):967-972.
24. Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. Ann Surg. 2006 Nov;244(5):642-8
25. Zastrow RK, Burk-Rafel J, London DA. Systems-Level Reforms to the US Resident Selection Process: A Scoping Review.J Grad Med Educ. 2021 Jun;13(3):355-370
26. Finnegan J(2019,May16). Too old to operate? Group recommends mandatory cognitive, physical testing of surgeons by 65.https://www.fiercehealthcare.com/practices/too-old-to-operate-group-recommends-mandatory-cognitive-and-physical-testing-surgeons-by.

27. Changiz T, Amouzeshi Z, Najimi A, Adibi P. A narrative review of psychomotor abilities in medical sciences: Definition, categorization, tests, and training. J Res Med Sci 2021;26:69
28. https://rezidentiat.ms.ro/curricule/chirurgie_generala.pdf
29. Schroeder T, Sheppard C, Wilson D, Champion C, DiMillo S, Kirkpatrick R, Hiscock S, Friesen R, Smithson L, Miles P. General surgery in Canada: current scope of practice and future needs. Can J Surg. 2020 Sep-Oct;63(5):E396-E408.
30. Decker MR, Dodgion CM, Kwok AC, Hu YY, Havlena JA, Jiang W, Lipsitz SR, Kent KC, Greenberg CC. Specialization and the current practices of general surgeons. J Am Coll Surg. 2014 Jan;218(1):8-15.
31. Bauer H, Honselmann KC. Minimum Volume Standards in Surgery - Are We There Yet? Visc Med. 2017 May;33(2):106-116.
32. Centrul Naţional de Studii pentru Medicina Familiei.Metodologia realizării ghidurilor de practică medicală.http://ghidurimedicale.ro/guidelines/metodologie-ghiduri-CNSMF.pdf.
33. Metodologia realizării ghidurilor de practică medical.Centrul Naţional de Studii pentru Medicina Familiei http://ghidurimedicale.ro/guidelines/metodologie-ghiduri-CNSMF.pdf.
34. Thomas K, Farrell MB.How to write a protocol: part 1.J Nucl Med Technol. 2015 Mar;43(1):1-7.
35. Obaidullah, Farooq S. Clinical protocols: introduction to a useful strategy in clinical practice. J Pak Med Assoc. 2000 Oct;50(10):354-7.
36. Attia A.Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. Middle East Fertility Society Journal. 2013.18(2),123-26,
37. Kim SY. Recent Advance in Clinical Practice Guideline Development Methodology. Korean J Fam Med. 2022 Nov;43(6):347-352.
38. Whewell H, Brown C, Gokani VJ, et al. . Variation in training requirements within general surgery: comparison of 23 countries. BJS Open 2020;4:714–23.
39. Elsey EJ,Griffiths G,Humes DJ,Watts I. Meta-analysis of operative experiences of general surgery trainees during training.BJS 2017; 104: 22–33.
40. Leppäniemi A. Wanted: surgical education. Scand J Surg. 2006;95(1):3.
41. FernandezB,EngelbrechtA,ShawC.TanS.SelectingaSurgicalMentor (2016) .https://ssat.com/residents/files/2016/Surgical-Mentor.pdf.
42. Rombeau J, Goldberg A, Loveland-Jones C. What are the Qualities of an Outstanding Surgical Mentor?. In Surgical Mentoring:Building Tomorrow's Leaders. New York,N.Y.: Springer; 2010. Pag.29-45.
43. Córdova-Aguilar A, Cedillo Ramírez L. Characteristics of the mentor in surgery and its contribution in the education of the future. Rev. Fac. Med. Hum. 2021;21(2):433-437
44. Rombeau JL, Goldberg A, Loveland-Jones C. How to Develop Faculty Mentors.In Surgical Mentoring: Building Tomorrow's Leaders. New York,N.Y.: Springer; 2010. Pag.113-133
45. Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila"(2022,iulie 30). Examen post medic specialist Chirurgie generală. https://www.spcaroldavila.ro/2015/examen-post-medic-specialist-chirurgie-generala/
46. Deedar-Ali-Khawaja R, Khan SM. Trends of surgical career selection among medical students and graduates: a global perspective. J Surg Educ. 2010 Jul-Aug;67(4):237-48.
47. Skorus U, Karpińska I, Kominko A, Romaniszyn M. Why do Polish medical students resign from pursuing surgical careers? A survey study. Pol Przegl Chir. 2020 Feb 7;92(2):12-21.
48. SuciuȘM,Popescu CA, Ciumageanu, MD Buzoianu AD(2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. Human Resources for Health, [e-journal] https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0181-8..

49. Păunică M, Pitulice IC, Ştefănescu A, 20. International Migration from Public Health Systems. Case of Romania. Amfiteatru Economic.2017: 19(46), 742-756.
50. https://forum.softpedia.com/topic/1215604-rezidentiatul-pe-chirurgie-nu-mai-e-atractiv-de-ce-pareri/
51. SarkerSK,VincentC.Errorsinsurgery.IntJSurg.2005;3(1):75-81.
52. https://rezidentiat.ms.ro/20211121/loc-post-neocupat-m08.pdf
53. https://rezidentiat.ms.ro/20221120/loc-post-neocupat-m29.pdf
54. Bruns SD, Davis BR, Demirjian AN, Ganai S, House MG, Saidi RF, Shah BC, Tan SA, Murayama KM; Society for Surgery of Alimentary Tract Resident Education Committee. The subspecialization of surgery: a paradigm shift. J Gastrointest Surg. 2014 Aug;18(8):1523-31
55. Peel JK, Schlachta CM, Alkhamesi NA. A systematic review of the factors affecting choice of surgery as a career. Can J Surg. 2018 Feb;61(1):58-67.
56. Coleman JJ, Esposito TJ, Rozycki GS, Feliciano DV. Early subspecialization and perceived competence in surgical training: are residents ready? J Am Coll Surg. 2013 Apr;216(4):764-71; discussion 771-3